

**SPANISH
FAX REFERRAL FORM**

Updated 2017

1.800.QUITNOW

QUITNOWALABAMA.COM

1-800-784-8669

To be contacted by **Quit Now Alabama**, fax this completed form to: **1-800-692-9023—fax # effective April 1, 2017**

REFERRING ORGANIZATION: Complete this section

Organization/ Practice	Contact Name
Clinic/Hosp/Dept	E-mail
Address	Phone () -
City/State/Zip	
Fax () -	<i>If you do not wish to receive fax-back updates on patient referrals enter NA for fax number.</i>
Referrer Signature	Date
Are you a Medical Provider: <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <i>If Yes, please provide credentials: _____</i>	
Please Check: <input type="checkbox"/> Participant agreed to be referred to Quit Now Alabama .	

PROVIDER: Complete this section (only necessary if one of the below conditions exists)

Does patient have any of the following conditions: Pregnant/Breastfeeding Recent heart attack (past 2 weeks)
 Recent stroke (past 2 weeks) Unmanaged high blood pressure Unmanaged heart arrhythmia OR Under 18 years old

If yes, please sign to authorize **Quit Now Alabama** to send the patient free, over-the-counter nicotine replacement therapy if available. If provider does not sign and the patient has any of the above listed conditions, **Quit Now Alabama** cannot dispense medication.

Provider Signature	Date
--------------------	------

PACIENTE: Complete esta sección

Sí, estoy listo para dejar el tabaco y solicito que me llame un asesor. Entiendo que el **Quit Now Alabama** podría informar a la parte remitente sobre mi participación.

Iniciales

Lamarle durante: Mañana Tarde Noche Fin de semana

¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

¿Fecha de nacimiento? _____ / _____ / _____ Sexo: Hombre Mujer

Nombre del paciente (Apellido): _____ (Nombre): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono n°1: () - Teléfono n°2: () -

Idioma: Inglés Español Otro: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si la firma del paciente no está disponible: Marque esta casilla para verificar que tiene la autorización del paciente en sus archivos.

El programa de **Quit Now Alabama** se comunicará con usted en las próximas 24 horas.
La llamada se hará desde el "1-855-335-3569". Además, este programa está abierto 7 días a la semana.

FOR QUITLINE REFERRAL, PLEASE FAX COMPLETED FORM TO: 1-800-692-9023

For additional forms, visit www.adph.org/tobacco